

Tuba Uterinin Adenomatoid Tümörü (Olgu Sunumu) Adenomatoid Tumor of the Fallopian Tube (Case Report)

Peyker Türkdoğan¹, Semir Ayhan¹, Semra Oruç², Nalan Neşe¹

¹ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

² Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa

Bir aydır süren vajinal kanama yakınmasıyla başvuran 46 yaşındaki hastaya probe küretaj ile basit atipisiz endometrial hiperplazi tanısı koyularak total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanmıştır. Ameliyat materyalinde, sol tubanın fimbrial ucunda rastlantısal olarak adenomatoid tümör saptanmıştır.

Olgu, adenomatoid tümörün görece seyrek bir lezyon olması ve damar kökenli ya da epitelyal tümörler ile karışılabilmesi nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur. Olgu aracılığıyla literatür eşliğinde adenomatoid tümörün tartışmalı histogenezine değinmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adenomatoid tümör, tuba uterina, mezotel.

A 47-year-old-woman with complaint of vaginal bleeding for a month was diagnosed as simple endometrial hyperplasia on curettage specimen. Adenomatoid tumor was incidentally detected at fimbrial end of the left fallopian tube on total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoopherectomy material.

Since adenomatoid tumor is a relatively rarely seen entity and occasionally it can be misdiagnosed as a tumor with vessel origin or an epithelial tumor, the case has been thought to deserve to be presented. We have also commented on the histogenesis of the adenomatoid tumor in the light of the literature.

Key Words: Adenomatoid tumor, fallopian tube, mesothel.

Adenomatoid tümör daha çok uterus, tuba uterina, over, epididim, spermatik kord gibi genital organları tutan, seyrek görülen benign bir tümördür. Kadınlarda genellikle asemptomatik olup rastlantısal olarak saptanırken erkeklerde skrotal kitle ve ağrıya yol açmaktadır. Makroskopik olarak küçük bir nodül şeklinde izlenen lezyon, mikroskopik olarak vakuole ya da eozinofilik sitoplazmalı, kübik ya da yassılaştırmış hücrelerle döşeli, yuvarlak ya da yarık benzeri glandüler yapılardan oluşmaktadır⁽¹⁻⁷⁾.

İlk olarak 1945'de Golden ve Ash tarafından "adenomatoid tümör" adıyla tanımlanan lezyonda daha sonraları Masson, Riopelle ve Simard tarafından mezotelial kökene yönelik bulgular ortaya konmuştur^(8,9). Böylece başlayan histogenez tartışmasında, birkaç çalışmada, endotel hücrelerine benzer histokimyasal ve ultrastrüktürel özellikler de saptanmasına karşın, son zamanlarda yapılan çalışmaların çoğu, tümöral boşlukları döşeyen hücrelerde mezotelial hücre kökenini desteklemektedir⁽¹⁻⁶⁾.

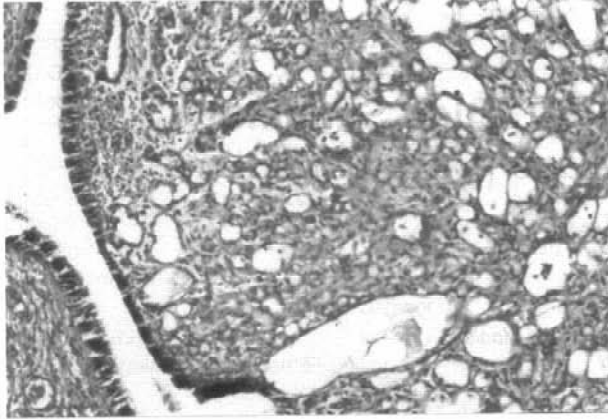
Yazımızda, küçüklüğü ve asemptomatik olması nedeni ile seyrek olarak saptanan bu lezyon, histogenezindeki tartışmalar ve bizim yaklaşımımız temelinde ele alınmaktadır.

OLGU SUNUMU

Bir aydır devam eden vajinal kanama yakınmasıyla başvuran 46 yaşındaki hastaya yapılan pelvik ultrasonografi sonucunda endometrial hiperplazi ve myoma uteri ön tanılarıyla probe küretaj uygulanmıştır. Basit atipisiz endometrial hiperplazi tanısı alan olgunun total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi materyali; kronik servisit, endoservikal polip, basit atipisiz endometrial hiperplazi, leiomyom nodülleri, bilateral paratubal kistler ve bilateral follikül kistleri şeklinde değerlendirilmiştir.

Makroskopik inceleme sırasında, bu tanısal lezyonları dışında sol tubanın fimbrial ucunda yaklaşık 0.5 cm çaplı, sarı renkli, solid yapıda, nodüler lezyon izlenmiş ve lezyonun sarı-gri renkte, solid kesit yüzüne sahip olduğu dikkati çekmiştir.

Bu nodüler lezyonun mikroskopik incelemesinde, tubal yüzey epiteli altında yerleşmiş, iyi sınırlı tümöral lezyonun dar ve gevşek bir stroma içerisinde oval ya da yuvarlak, çok sayıda küçük boşluklar ve gland benzeri yapıklardan oluştuğu görülmüştür (Resim 1). Eozinofilik ya da vakuole sitoplazmalı, küboidal ya da yassılaştırmış, endotel yada epitel benzeri hücrelerce döşenen bu boşlukların (Resim 2) lümenlerinde alcian blue (pH 2,5) ile pozitif boyanan mukopolisakkarid yapısında bir materyal saptanmıştır (Resim 3). Boşlukların lümenlerinde kan elemanları görülmezken, çevre dokudaki kan

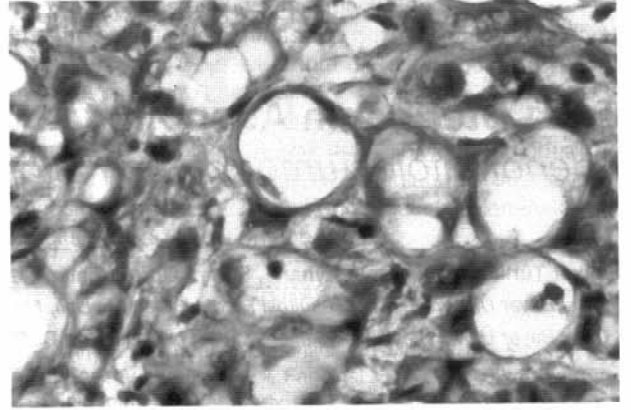


Resim 1 : Tuba yüzey epiteli altında yerleşmiş iyi sınırlı nodüler tümör (HE, x40).

damarlarının konjesyone olduğu ve çok sayıda eritrosit içerdiği izlenmiştir. İmmunohistokimyasal olarak boşlukları döşeyen hücrelerin sitokeratin (DAKO, MNF 116, Kod no: N 1523) ile pozitif (Resim 4), endotel hücre belirleyicisi olarak kullanılan faktör VIII ile ilişkili antijen (DAKO, F- VIII- related antigen-vWF, Kod no: N 1505) ve CD 34 (DAKO, Kod no: N 1574) ile negatif boyandıkları görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak lezyona adenomatoid tümör tanısı konmuştur .

TARTIŞMA

Kadın ve erkek genital sistemde yerleşen adenomatoid tümörün histogenezi tartışmalıdır. Son zamanlarda Quigley ve Hart tarafından adenoid, angiomatoid, solid ve kistik olmak üzere dört ayrı paterni tanımlanan tümörün, histolojik görüntüsündeki çeşitlilik de köken konusundaki tartışmalarda rol oynamaktadır ⁽⁹⁾. Önceleri eritrosit içermeyen, endotel benzeri hücrelerce döşeli boşluklarla karakterli bu tümörlerin lenfanjiom olduğu düşünülmüştür ^(10,11). Sundaravisao, hücrelerin epitelial görünümü ve tümörün anatomik yerleşimine dayanarak

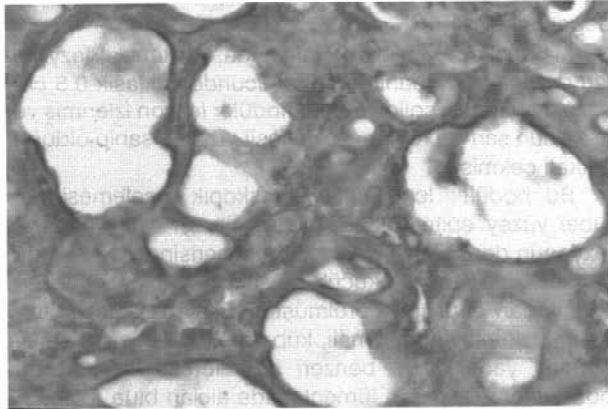


Resim 2 : Tümöral yarı ve boşlukları döşeyen basıklaşmış, eozinofilik ya da vakuole sitoplazmalı hücreler (HE, x200).

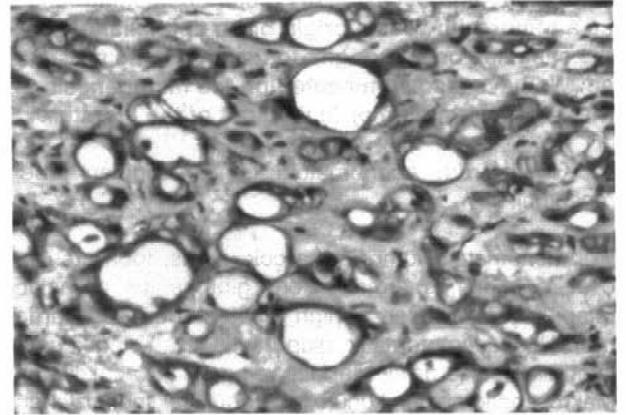
müllerian kökenli olabileceğini öne sürerken Jackson da retrograd bir metaplazi sonucunda müllerian mezenkimden geliştiğini savunmuştur ^(12,13). Longo ve arkadaşları tümörü anatomik yerleşimine dayanarak mezonefrozun hamartomu olarak yorumlamışlardır ⁽¹⁴⁾.

İlk kez Masson tarafından 1942'de mezotelial orijin düşüncesi gündeme getirilmiş ⁽⁹⁾, daha sonraki elektronmikroskopik çalışmalarla, mezotel hücrelerine benzer şekilde hücre yüzeylerinde çok sayıda mikrovillus gözlemlendiği, hücrelerin mikrofilament, intermedier filament ve tonofilamentler yanı sıra düz endoplazmik retikulum, mitokondri, intrasitoplazmik vakuoller de içerdiği, birbirlerine desmozomlarla bağlandıkları ortaya konmuştur ^(1,3-5).

Buna karşılık, adenomatoid tümör olgularının en azından bir kısmının endotelial kökenli olduğunu savunanlar halen vardır. Bell ve Flotte, sekiz olgudan üçünde faktör VIII ile ilişkili antijenle boyanma saptadıklarını, mezotel kökenli tümörleri endotelial kökenli olanlardan stroma içerisinde tek tek tümör hücrelerinin görülmesiyle ayırdıklarını belirtmişlerdir ⁽¹⁵⁾. Davy ve Tang, üç olgudan birinde ultrastrüktürel olarak endotelial çok



Resim 3 : Tümöral boşluk ve yarıkların lümeninde yer alan sekretuar materyalde alcian blue pozitifliği (Alcian blue, x200).



Resim 4 : Tümör hücrelerinde saptanan sitokeratin pozitifliği (x100).

tabakalı bazal laminayı ve Weibel-Palade cisimlerini saptamışlardır⁽¹⁶⁾. Literatürde yer alan çeşitli derlemelerde toplam 65 olgunun 61'i için mezotelial köken öne sürülürken, 4 tanesinin endotelden kaynaklandığı savunulmaktadır⁽²⁾.

Normal ve neoplastik mezotelde de saptanan hyaluronidaza duyarlı alcian blue pozitifliği, Goddard tarafından yapılan bir çalışmada 16 adenomatoid tümör olgusunun 14'ünde gözlenmiştir⁽²⁾. Aynı çalışmada bu 14 tümörün sitokeratin ile pozitif, faktör VIII ile ilişkili antijenle ise negatif boyandığı görülmüştür. Işık mikroskopunda benzer görüntüye sahip, ancak alcian blue ve sitokeratin negatif, faktör VIII ile ilişkili antijen pozitif olan diğer olgular angiom olarak adlandırılmıştır. Benzer bulgular elde eden Gaffey ve Stephenson, bu bulguların mezotelial teoriyle uyumlu olduğunu ancak müllerian kökeni ekarte ettirmediğini savunmuş; mezotel ve müllerian epitel, primitif lomik epitelden geliştiği için, bu ikisi arasında kesin bir ayrım yapılamayacağını vurgulamışlardır^(1,6).

Bizim olgumuz ışık mikroskopundaki görüntüsüyle ilk bakışta damarsal bir lezyonu düşündürmekle birlikte, immunohistokimyasal olarak sitokeratin pozitif, faktör VIII ile ilişkili antijen ve CD 34 ile negatif boyanması, alcian blue ile reaksiyon veren materyal içermesi sonucunda adenomatoid tümör tanısı almıştır. Bulgularımız, pekçok çalışmada belirtilen mezotelial köken görüşü ile uyumludur.

Bu olguda tümör her ne kadar rastlantısal olarak bulunduysa da, bu tümörlerin bazen tuba lümenini distorsiyona uğratabileceği ve luminal katlantıların stromasına doğru infiltratif gelişim gösterebileceği düşünülerek özellikle frozen kesitlerinde adenokarsinomla ayrımı açısından dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Stephenson TJ, Mills PM. Adenomatoid tumours: an immunohistochemical and ultrastructural appraisal of their histogenesis. *J Pathol* 1986; 148: 327-335.
2. Goddard MJ, Grant JW. Adenomatoid tumours: a mucin histochemical and immunohistochemical study. *Histopathol* 1992; 10: 57-61.
3. Barwick KW, Madri JA. An immunohistochemical study of adenomatoid tumors utilizing keratin and factor VIII antibodies. *Lab Invest* 1982; 47(3): 276-280.
4. Nakamura Y, Tanimura A, Itoh Y, et al. Elastin in adenomatoid tumor. *Arch Pathol Lab. Med* 1992; 116: 143-145.
5. Wheeler JE. Diseases of fallopian tube. In: Kurman RJ (ed) Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. Four edition. New York: Springer-Verlag 1994; 546-547.
6. Gaffey MJ, Stacey EM, Swanson PE, et al. Immunoreactivity for BER-EP4 in adenocarcinomas, adenomatoid tumors and malignant mesotheliomas. *Am J Surg Pathol* 1992; 16(6): 593-599.
7. Yıldız E, Cevit R, Arıkan G. Uterusun adenomatoid tümörü: ki olguda morfolojik, dokukimyasal ve immunohistokimyasal bulgular. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi* 1999; 5(1-2): 48-52.
8. Golden A, Ash J. Adenomatoid tumours of genital tract. *Am J Pathol* 1945; 25: 63-80.
9. Masson P, Riopelle J, Simard L. Le Mesoteliome benin de la sphere genitale. *Rev Can Biol* 1942; 1: 720-751.
10. Strong LW. Lymphangioma of the fallopian tube. *Am J Obst Gynaecol* 1925; 10: 853-855.
11. Sanes S, Wamer R. Primary lymphangioma of the fallopian tube. *Am J Obst Gynaecol* 1939; 37: 317-321.
12. Sundaraviso D. The Mullerian vestiges and benign epithelial tumours of the epididymis. *J Pathol Bacteriol* 1953; 66: 417-432.
13. Jackson J. The histogenesis of the "adenomatoid" tumour of the genital tract. *Cancer* 1958; 11: 337-350.
14. Longo V, McDonald J, Thompson G. Primary neoplasms of the epididymis: special reference to the adenomatoid tumours. *JAMA* 1951; 147: 937-941.
15. Bell D, Flotte T. Factor VIII related antigen in adenomatoid tumours. Implications for histogenesis. *Cancer* 1982; 50: 932-938.
16. Davy C, Tang C. Are all adenomatoid tumours adenomatoid mesotheliomas? *Hum Pathol* 1981; 12: 360-369.